

Fiche Mémo

Contraception : prescriptions et conseils aux femmes

Juillet 2013

Mise à jour Janvier 2015

Cette fiche mémo, fondée sur les recommandations les plus récentes, fait partie d'un ensemble de fiches mémo concernant la contraception et complète plusieurs documents sur ce thème produits par la HAS[1]. Elle est un outil pour le professionnel de santé afin de mieux aider les femmes à trouver la méthode de contraception qui leur convient le mieux à une période donnée de leur vie.

1. Document de synthèse sur les méthodes contraceptives et état des lieux sur les pratiques contraceptives, sur les freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée et sur les modalités de prescription et de dispensation des méthodes contraceptives.

Un choix personnalisé après une information éclairée

- La méthode contraceptive doit être adaptée à chaque femme et choisie par et avec elle, en fonction de sa réalité quotidienne et des éventuelles contre-indications. La méthode choisie peut évoluer au fil de la vie et des situations rencontrées par la femme et/ou le couple[2].
- L'implication du partenaire dans le choix de la contraception peut avoir des conséquences positives sur l'observance et l'acceptation de la méthode.

2. Dans ces conditions, un algorithme décisionnel simple et pratique n'est pas envisageable.

Une consultation dédiée

- Une femme qui consulte pour une première demande contraceptive doit bénéficier d'une consultation uniquement dédiée à ce motif, quel que soit son âge. En cas d'impossibilité (en cas d'urgence par exemple), programmer à court terme une consultation entièrement dédiée.

Une consultation essentielle dans la démarche d'aide au choix

- C'est une consultation d'écoute, d'échange et de dialogue, qui doit respecter intimité et confidentialité.
- La consultation doit permettre[3] :
  - d'évaluer les attentes et besoins de la personne, ses connaissances et ses habitudes de vie ;
  - de fournir une information individualisée, claire et hiérarchisée sur les méthodes contraceptives disponibles (y compris la stérilisation) et adaptées à la personne demandeuse et s'assurer de la compréhension de ces informations ;
  - de conseiller et/ou prescrire la méthode choisie par la personne, la plus adaptée et acceptable pour elle en fonction de ses préférences, de son état de santé, du rapport bénéfices/risques des différentes méthodes, et de la possibilité pour elle d'adhérer à la méthode en fonction de sa situation et de ses habitudes de vie.

3. Démarche éducative de type Bercer. Rinehart W, Rudy S, Drennan M. Gather *guide to counseling. Popul Rep J* 1998;(48):1-31.

Un entretien dont le champ est large tant au plan médical qu'au plan du vécu de la femme

- Le recueil d'information recouvre un large champ :
  - âge, profession, habitudes de vie (**tabac**, pratiques sexuelles [risque infectieux]), méthodes de contraception utilisées jusque-là, date des dernières règles, allaitement en cours ;
  - nombre d'enfants, antécédents de fausses couches et d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) ;
  - antécédents familiaux chez les apparentés au premier degré (parents, frères et sœurs ou enfants) d'accidents thromboemboliques veineux ou artériels (âge de survenue et si possible circonstances de survenue), hypertension artérielle (HTA), diabète, dyslipidémie ;
  - antécédents personnels :
    - d'accidents thromboemboliques veineux ou artériels, HTA, diabète, dyslipidémie, migraine avec ou sans aura,
    - autres antécédents médicaux (cardiovasculaires et neurologiques), chirurgicaux ou gynéco-obstétricaux (notamment infections sexuellement transmissibles [IST], grossesses extra-utérines [GEU], cancers, pathologie ou chirurgie utérine, trophoblastique ou vaginale) ;
  - traitements en cours (anticiper de possibles interactions médicamenteuses).

Un examen clinique et biologique visant à rechercher des contre-indications mais visant également à faire de la prévention

- L'examen clinique comprend : examen général, poids, taille, indice de masse corporelle (IMC), tension artérielle (TA).
- L'examen gynécologique peut être expliqué et programmé pour une consultation ultérieure, notamment lorsqu'il s'agit d'une adolescente.
- L'examen des seins et l'examen gynécologique (avec frottis du col utérin à partir de 25 ans) visent à dépister des cancers ou des lésions précancéreuses.

... / ...

Un examen clinique et biologique visant à rechercher des contre-indications mais visant également à faire de la prévention (suite et fin)

- Le bilan biologique lors de la prescription d'une contraception hormonale estroprogestative (pilule, patch, anneau) :
  - comporte un dosage du cholestérol total, des triglycérides et une glycémie à jeun :
    - est à renouveler tous les 5 ans en cas de bilan normal et en l'absence de faits cliniques ou familiaux nouveaux,
    - chez une personne sans antécédent personnel ni familial de maladie métabolique ou thromboembolique, qui ne fume pas et dont l'examen clinique est normal, peut être réalisé 3 à 6 mois après la prescription,
    - en cas d'antécédent familial de dyslipidémie, doit être réalisé avant le début de toute contraception estroprogestative et 3 à 6 mois après ;
  - peut comporter un bilan d'hémostase (dosages d'antithrombine, protéine C, protéine S, résistance à la protéine C activée ou recherche de la mutation du facteur V de Leiden et de la mutation de la prothrombine ou facteur II G20210A) : à discuter après avis spécialisé en cas d'antécédent personnel ou familial de maladie thromboembolique (survenue chez un apparenté au premier degré avant l'âge de 50-60 ans).
- Avant la pose d'un dispositif intra-utérin, en présence de facteur de risque infectieux (notamment certaines IST, infection génitale haute en cours ou récente, âge < 25 ans, partenaires multiples), rechercher une infection à *C trachomatis* et *N gonorrhoeae*.

Des informations à donner à la femme sur les méthodes existantes et sur la façon d'utiliser la méthode choisie

Informer sur

- Les méthodes contraceptives :
  - mécanisme d'action et mode d'emploi : quand démarrer la contraception choisie, comment se prend la pilule choisie et trouver avec la femme l'horaire le mieux adapté, que faire en cas d'oubli, comment s'utilise le patch ou l'anneau vaginal, comment et quand se fait la pose d'un dispositif intra-utérin ou d'un implant, comment s'utilisent les différentes méthodes barrières,
  - efficacité (optimale et en utilisation courante[4]), contre-indications, avantages, risques et effets indésirables possibles, procédure pour l'instauration et l'arrêt (ou le retrait), coût, remboursement et reste à charge, etc. ;
- Les possibilités d'aide au sevrage en cas de tabagisme ;
- La possibilité de contacter un professionnel (médecin, pharmacien, sage-femme, infirmière, conseillère conjugale et familiale) en cas de doute sur les modalités d'utilisation de sa contraception ;
- Les différentes possibilités de rattrapage en cas de rapport non protégé (contraception d'urgence), leur efficacité et les conditions d'accès ;
- Les symptômes en termes simples évoquant une possible complication (en fonction de la méthode choisie) et qui doivent conduire à consulter un médecin ou une sage-femme ;
- La nécessité de signaler à tout médecin la prise d'une contraception hormonale en cas de traitement intercurrent (risque d'interaction médicamenteuse), d'intervention chirurgicale, d'immobilisation prolongée et de longs voyages en avion ;
- La nécessité d'anticiper ses renouvellements d'ordonnance pour ne pas interrompre son traitement contraceptif ;
- Les IST/sida, la prévention par les préservatifs (masculin et féminin).

4. L'efficacité est habituellement décrite en indice de Pearl qui correspond au rapport du nombre de grossesses sur le nombre total de cycles observés pour l'ensemble des femmes étudiées rapportés à 1 an. Le résultat est exprimé en grossesses pour 100 femmes par an. Les données d'efficacité concernant une méthode contraceptive distinguent l'efficacité optimale qui correspond à celle obtenue dans les essais thérapeutiques et l'efficacité en utilisation courante.

Un suivi visant à évaluer adéquation de la méthode choisie, observance, tolérance et satisfaction de la femme

- Évaluer l'adéquation de la méthode contraceptive et la satisfaction de la femme : en cas d'insatisfaction ou d'intolérance, rappeler les autres méthodes de contraception et proposer d'y réfléchir.
- Prendre en compte les modifications de situation personnelle, médicale, affective et sociale qui pourraient modifier l'adéquation de la méthode.
- Évaluer l'observance : fréquence et circonstances des oublis, trouver avec la femme l'horaire le mieux adapté pour éviter un oubli, réévaluer ses connaissances et réitérer les conseils sur la conduite à tenir en cas d'oubli[5] et sur la contraception d'urgence (à utiliser le plus rapidement possible après le rapport à risque).
- À chaque renouvellement de prescription, réévaluer les risques en fonction de la méthode choisie.
- Refaire une information sur les possibilités de sevrage en cas de tabagisme.
- Chez les femmes utilisant une contraception estroprogestative de 3ᵉ génération contenant du désogestrel ou du gestodène, et de 4ᵉ génération contenant de la drospirénone, le surrisque thrombo-embolique veineux ne justifie pas un arrêt brutal de cette contraception jusque-là bien supportée. À l'issue de la prescription en cours, le prescripteur envisagera avec la femme une autre méthode contraceptive plus appropriée pour elle (autre contraceptif hormonal, dispositif intra-utérin, etc.).
- La littérature fait état d'une possible augmentation du risque thromboembolique veineux et artériel en fonction des doses d'éthinylestradiol contenues dans les contraceptifs estroprogestatifs.
- Le suivi médical comporte :
  - un interrogatoire sur les problèmes de santé survenus depuis la dernière consultation et sur la prise de médicaments ;
  - un examen clinique : poids, taille, IMC, TA, examen des seins et gynécologique si besoin ;
  - un frottis cervico-utérin : 2 frottis à 1 an d'intervalle puis tous les 3 ans à partir de 25 ans (si frottis normaux) ;
  - des examens biologiques : cholestérol total, triglycérides et glycémie à jeun tous les 5 ans si contraception estroprogestative (pilule, anneau ou patch).
- Rappeler les principes de protection contre les infections sexuellement transmissibles et le sida (intérêt du préservatif, possibilité d'un dépistage du VIH, notamment à l'occasion du bilan sanguin de surveillance).
- Programmer la consultation suivante : première consultation à 3 mois puis généralement une consultation par an si la femme va bien, plus souvent et autant que nécessaire en cas de difficultés rencontrées avec sa contraception ou de symptômes évoquant une complication.

---

5. Voir carte « Que faire en cas d'oubli de pilule ? ».
Téléchargeable gratuitement sur le site de l'Inpes – www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1368.pdf.



En savoir plus

Sources Internet

- Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé : **www.ansm.sante.fr**
- Association fil-santé jeunes : **www.filsantejeunes.com**
- Association française pour la contraception : **www.contraceptions.org**
- Choisir sa contraception : **www.choisirsacontraception.fr**
- Haute Autorité de Santé : **www.has-sante.fr**
- Institut National de prévention et d'éducation pour la santé : **www.inpes.sante.fr**



www.has-sante.fr

2 avenue du Stade de France - 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0) 1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0) 1 55 93 74 00